Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel.

Beitrag zur Statistik, Prognose und zu den Indicationen der Symphysiotomie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Voiges,

approb. Arzt aus Böckelse in Hannover.

Kiel 1896.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel.

Beitrag zur Statistik, Prognose und zu den Indicationen der Symphysiotomie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Voiges,

approb. Arzt aus Böckelse in Hannover.

Kiel 1896.

Druck von H. Fiencke.

No. 49.

Rektoratsjahr 1896/97.

Referent: Dr. Werth.

Druck genehmigt:
Dr. Hensen,
Dekan.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Von der schon in alter Zeit herrschenden Vorstellung ausgehend, dass sich unter der Geburt der Beckenring durch Lockerung der Gelenke, besonders aber der Schamfuge, erweitere, unternahm es Sigault im Jahre 1777 bei einer Frau, die früher schon schwere Geburten durchgemacht hatte, ohne ein lebendes Kind zu bekommen, durch künstliche Trennung der Symphyse den Kaiserschnitt zu umgehen, und hatte das Glück, das Leben des Kindes zu erhalten. Kein Wunder, dass ihm alles bei der Nachricht von dem glücklichen Ausgang der Operation für Mutter und Kind zujubelte, da man jetzt einen Ersatz für den Kaiserschnitt, der zu damaliger Zeit eine so üble Prognose lieferte, gefunden zu haben glaubte. Jedoch war der Erfolg kein so glänzender und der Eingriff kein so ungefährlicher, sondern es zeigte sich, dass bei der nun häufig ausgeführten Operation die Zahl der unglücklichen Ausgänge derselben sich vermehrte, und sowohl üble Nebenverletzungen der Weichteile als auch bleibende Gehstörungen die Folge waren. Infolge dessen traten heftige Gegner auf und besonders der berühmte Baudeloque war es, der in Schrift und Wort die Operation bekämpfte und den Wert derselben durch gewichtige Einwände, sei es an der Hand theoretischer Erwägungen oder der bei Leichen angestellten Experimente, herabzusetzen suchte.

So kam es denn, dass der Enthusiasmus bald schwand und die Symphysiotomie allmählich in Vergessenheit geriet; nur in Italien wurde sie noch vereinzelt ausgeführt, vielleicht deshalb, weil dort die Zahl der rachit. Frauen eine grössere war, oder der Widerstand der katholischen Geistlichkeit gegen die Vernichtung des kindlichen Lebens zu ihrer Erhaltung beitrug. Italien war es auch, von wo der Anstoss zu einer allgemeinen Wiederaufnahme der übel berüchtigten Operation ausging. Dank seinen eifrigen Unter

suchungen, schärferer Indicationsstellung und Einführung der Anti- und Asepsis vermochte Morisani mit Hülfe seines Assistenten Spinelli im Jahre 1891 eine Stastitik seiner mit gutem Erfolg ausgeführten Operationen aufzustellen, die alle früheren weit übertraf und die Aufmerksamkeit der Geburtshelfer der fast vergessenen Methode wieder zuwandte. Besonders in Frankreich wurde sie mit grosser Begeisterung aufgenommen und von verschiedenen Autoren, unter ihnen besonders Pinard, häufig angewandt.

Auch in Deutschland vermochte man sich nicht gegen den Einfluss der Veröffentlichungen über glücklich ausgeführte Symphysiotomieen zu verschliessen, indem man auch hier zur Ausübung dieses geburtshilflichen Verfahrens schritt und sich von den ausgezeichneten Erfolgen, welche der Operation nachgerühmt wurden, zu überzeugen suchte. Jedoch stimmten die deutschen Geburtshelfer nicht ungeteilt mit in das Loblied ein, sondern es wurden hier mehr Stimmen laut, welche unter Hinweis auf die unglücklich verlaufenen Fälle und die Möglichkeit schwerer Nebenverletzungen, sowie zurückbleibender gröberer Funktionsstörungen ihre Bedeutung einzuschränken suchten.

So sehen wir als das Resultat der Verhandlungen des deutschen Gynaekologencongresses zu Breslau (1) trotz der eifrigen Fürsprache Zweifels ein mehr oder minder ablehnendes Verhalten von Männern wie Leopold, Olshausen, Chroback und anderen, und ebenso in Wien im gleichen Jahre in den Verhandlungen der dortigen Gesellschaft für Geburtshülfe (2), wo im Anschluss an viele dort gemachte Mitteilungen die Discussion wenigstens nicht zu Gunsten der Symphysiotomie endete.

Diese Ansicht kam 1 Jahr später auf dem internationalen Ärztecongress in Rom, woselbst sich die Geburtshelfer aller Herren Länder versammelt hatten, gegenüber den Ausführungen Morisanis zur Geltung, indem Leopold (3) die Indicationen für die Operation klar und scharf abgrenzte. Nach ihm sollen Erstgebärende womöglich der Symphysiotomie nicht unterzogen werden, weil die Weichteile noch nicht so weit und ausgedehnt sind, als wenn mehrere Geburten vorher-

gegangen. Ist das Letztere der Fall und die Gefahr der Nebenverletzungen eine geringere, so glaubt er unter Umständen symphysiotomieren zu können, jedoch nur bei einer Conj. vera von $7^1/_2$—6 cm. Dabei setzt er voraus, dass das Kind lebt und noch garnicht gelitten hat, sowie dass die Mutter kräftig und gesund ist, andernfalls giebt er der Perforation den Vorzug.

Bei geringeren Graden von Beckenverengerung will er den natürlichen Geburtsverlauf abwarten oder durch Wendung mit anschliessender Extraction in Walcher'scher Hängelage die Geburt beenden, indem er die Fruchtblase so lange als möglich zu erhalten resp. durch einen Colpeurynter zu ersetzen sucht.

Denselben Standpunkt vertreten im Allgemeinen noch heute mit wenigen Ausnahmen die meisten deutschen Geburtshelfer, wenngleich die einen die Indicationen etwas weiter ausgedehnt, andere dagegen die Symphysiotomie nur in den seltensten Fällen angewendet wissen wollen, ja überhaupt die Berechtigung derselben als geburtshilfliche Operation in Zweifel ziehen.

Auch Herr Prof. Werth, dessen gütiger Anregung ich diese Arbeit verdanke, ist kein Anhänger jener geburtshilflichen Errungenschaft, die bei ihrer Rehabilitation Kaiserschnitt und Perforation gänzlich zu verdrängen bestimmt schien und nach Ansicht einzelner, namentlich Pariser Kliniker, selbst die künstliche Frühgeburt ersetzen sollte. Nach ihm ist die Operation nicht so harmlos und ungefährlich, wie sie von den Verteidigern auf Grund ihrer günstigen Statistiken geschildert wird, besonders wenn man ausser den tötlich verlaufenen Fällen die Verletzungen der verschiedensten Art und die Möglichkeit des Zurückbleibens dauernder Funktionsstörungen bei der Mutter sich vor Augen hält. Konnte er doch seine Rückhaltung aus dem Verlauf eines von ihm selbst operierten Falles, dessen Geschichte ich jetzt in Kürze wiedergeben will, bestätigt finden.

Anamnese:

Rosa Büntjen, 22 Jahre alt, I para, Dienstmädchen aus

Neumünster, will in ihrer Jugend nie krank gewesen sein und mit 2½ Jahren das Laufen gelernt haben.

Erste Regel bekam sie mit 17 Jahren, die Menses waren stets unregelmässig.

Letzte Menses Anfang Mai.

Kindsbewegungen wurden nicht wahrgenommen, wohl aber stellte sich im Beginn der Schwangerschaft häufiges Erbrechen ein.

Am 20. Januar 1896 Aufnahme in die hiesige Universitätsfrauenklinik. Pat. wurde wegen Verdacht auf lues ins städtische Krankenhaus verlegt und am 31. Januar wieder aufgenommen.

Status:

Äussere Untersuchung:

Abdomen kugelig aufgetrieben. Grösster Umfang in Nabelhöhe beträgt 98 cm.

Bauchdecken sehr straff. Zahlreiche frische Striae.

Fundus 3 Finger breit vom process. ensiform., je 1 Finger vom Rippenbogen entfernt. Steiss im Fundus. Rücken links, kleine Teile nicht zu fühlen. Herztöne links in Nabelhöhe. Kopf steht beweglich auf dem Beckeneingang.

Innere Untersuchung:

Introitus und Scheide eng. Portio steht nach links, ist kurz und zapfenförmig. Mm. bildet ein Grübchen. Kopf steht beweglich auf dem Beckeneingang.

Beckenmaasse:

Spin.	23,7
Crist.	26,7
C. extern.	17,0
C. diag.	10,4.

Promontorium steht ziemlich hoch, scharf vorspringend. Kreuzbein in horizontaler Richtung gering convex.

Schambogen eng. Entfernung der tub. ischii von einander beträgt 9,5 cm. Femora sind stärker als normal gekrümmt.

Crist. tib. grade und scharfkantig.

Am 27. II. 96 morgens Wehenbeginn. Äusserer Befund nicht verändert.

Innere Untersuchung:

Introitus und Scheide noch eng. Portio verstrichen. Mm. 1 Markstück gross. Blase steht, ziemlich viel Vorwasser. Kopf vom vorderen Scheidengewölbe aus fühlbar, beweglich auf dem Beckeneingang stehend.

Wehen sind den Tag über ziemlich selten, aber mit heftigen Schmerzen verbunden; daher Abends eine Morphiuminjection (0,015 gr).

Am 28. II. Wehen schlecht. Mm. fünfmarkstückgross.

Am 29. II. 4½ h. a. m. Blasensprung, Abgang einer mässigen Menge Fruchtwassers.

Mm. kleinhandtellergross, ziemlich stark retrahiert. Kopf steht beweglich auf dem Beckeneingang, Pfeilnaht verläuft im queren Durchmesser, annährend in der Mitte zwischen Promont. und Symphyse.

Fontanellen nicht fühlbar. Uterus beiderseits an den Rippenbogen stossend, fast andauernd zusammengezogen. Contractionsring ungefähr 3 Finger unter dem Nabel zu fühlen.

Abdomen schmerzhaft und druckempfindlich. Herztöne des Kindes gut.

Temperatur der Mutter 39,5° Cels.

Puls „ „ 100, unregelm.

Um 9 h. a. m. wurde eine abermalige Untersuchung in Narcose vorgenommen.

Mm. Handtellergross. Rand scharf. Kopf stark konfiguriert. Hinterhaupt teilweise ins Becken eingetreten, Pfeilnaht im queren Durchmesser dem Promont. genähert. Vorderes Scheitelbein über das hintere geschoben. Auf dem vorderen eine Kopfgeschwulst. Nachdem dann trotz kräftiger Tractionen mit der Simpson'schen Axenzugzange, die im queren Durchmesser angelegt wurde, der Kopf nicht folgte, wurde von Herrn Prof. Werth sogleich die Symphysiotomie ausgeführt.

Operation: Schnitt in der Medianlinie 6—8 cm lang bis auf den Knorpel, ungefähr 1 cm oberhalb der Urethralöffnung endend.

Stumpfe Ablösung des praevesicalen Bindegewebes, Durchtrennung des Knorpels von oben nach unten mit dem geknöpften Messer.

Die Symphyse klafft ca. 5 cm. Die ziemlich starke venöse Blutung wird durch Tamponade gestillt. Während nun von 2 Assistenten ein Druck gegen die Trochanteren ausgeübt wird, gelingt es, mit der liegengebliebenen Zange den Kopf ins Becken hineinzuziehen, wobei sich die Diastase der Symphysenenden um 2 cm vergrössert, ohne dass ein Krachen in den Ileosacralgelenken wahrgenommen wird. Darauf wird statt der Axenzugzange die Naegele'sche im 2. schrägen Durchmesser angelegt und der Kopf nach medianer Dammincision durch einige kräftige Tractionen entwickelt.

Kind, stark asphyctisch, fängt nach ¼ stündigen Wiederbelebungsversuchen an zu schreien.

Aus der Vagina findet gleich darauf eine stärkere Blutung statt, die wahrscheinlich von einer Quetschung der ganzen Scheidenschleimhaut und einer kaum fünfpfennigstückgrossen Perforationsstelle in der vorderen Scheidenwand herrührt. Die letztere führt rechts von der Urethra in die Symphysiotomiewunde und wird durch einen Jodoformgazestreifen ausgefüllt. Urethra scheint unverletzt zu sein, der mit dem Katheter entnommene Urin ist stark bluthaltig. Ebenso blutet es aus dem totalen Dammriss, der sofort genäht wurde.

Vereinigung der Symphyse wird durch 3 dicke, versenkte Seidenligaturen, welche durch das Periost und teilweise durch den Knorpel gehen, herbeigeführt, auch die Weichteilwunde wird durch 3 oberflächliche Seidennähte und eine fortlaufende Catgutligatur geschlossen bis auf den oberen Winkel, aus welchem der durch die Perforationsstelle geführte Jodoformgazestreifen herausgeleitet wird.

Sodann wird ein Beckenverband angelegt, bestehend aus einer um das Becken geführten breiten Gurte, deren Enden sich über dem Abdomen kreuzen und durch ausserhalb des Bettes beweglich angebrachte Gewichte gespannt gehalten werden.

Gewicht des Kindes: 4000 gr.
Kopfmaasse: D. biparіet. 9,1
D. front. occip. 11,2
D. Mentooccipt. 14,0
Umfang des Kopfes 36 cm.

Auf dem rechten Scheitelbein befindet sich, etwas die Pfeilnaht überschreitend, eine grosse Kopfgeschwulst.

Das linke Scheitelbein ist untergeschoben, stark abgeflacht und mit einem wahrscheinlich vom Promont. herrührenden Eindruck versehen. Ausserdem finden sich Druckspuren der Axenzugzange an der rechten Wange und hinter dem Ohr.

Wochenbett.

Am 2. III ziemlich starke Auftreibung des Abdomens, einzelne Darmschlingen deutlich wahrzunehmen. Geringe Druckempfindlichkeit.

Der mit dem Katheter entleerte Urin ist noch dunkel und bluthaltig. Allgemeinbefinden schlecht. Temperat. 38,9.

5. III. Druckempfindlichkeit und Auftreibung des Leibes hat nachgelassen.

Uterus links in Nabelhöhe, gut contrahirt.

Die Wunde secerniert seröse Flüssigkeit. Lochien übelriechend.

Katheterurin reichlich, dunkel, enthält geringe Spuren von Eiweiss. Herausnahme der 3 oberflächlichen Seidenligaturen.

Morgens und Abends werden ½ % Lysoldouschen verordnet und einmal tägl. Verbandwechsel.

Am 10. III. In der Nacht unwillkürlicher Abgang von dünnem Stuhl. Dammwunde ist wieder bis zur Rectalschleimhaut auseinander gewichen.

Stark eitrige Secretion der Symphysenwunde und Unterminierung der Ränder, daher Durchführung eines Drainrohrs.

Symphyse klafft ca. 2 cm.

15. III. Wunde secerniert weniger und bedeckt sich mit spärlichen Granulationen.

Bei Bewegungsversuchen mit dem rechten Bein empfindet Pat. heftige Schmerzen in der hinteren Kreuzbeingegend.

25. III. Herausnahme des Drains und Durchführung eines Jodoformgazestreifens.

Stuhl geht unwillkürlich ab.

8. IV. Die tiefe trichterförmige Wunde über der Symphyse ist etwa thalergross und zeigt schwache Granulationen. Secre-

tion ist wieder reichlicher geworden. In der Tiefe der Wunde liegt rechts der freie Rand des Schambeins zu Tage, auf demselben ein festhaftender, bohnengrosser, necrot. Gewebsfetzen. Das linke Schambein ist von einer dünnen Schicht Granulationen bedekt. Symphyse klafft $1^1/_2$ cm.

20. IV. Wunde hat sich verkleinert; Granulationen sind kräftiger, Secretion geringer geworden.

Entfernung der Hüftgurte.

1. V. Tod des Kindes (Magen-Darmkatarrh).

10. V. Wunde fast vollständig geschlossen. Die stark gewucherten Granulationen werden mit Lapis geätzt. Geringe Schmerzhaftigkeit im linken Schambeinast, besonders gross ist sie im rechten Oberschenkel. Sie lässt jedoch etwas nach, wenn der Oberschenkel nach aussen rotiert, abduciert und ein wenig flectiert gehalten wird.

25. V. Die Schmerzen im rechten Bein haben sich verschlimmert. Bei der inneren Untersuchung zeigt sich bei leichter Berührung eine Schmerzhaftigkeit in der Gegend der articul. sacroiliaca, eine Schwellung ist jedoch nicht nachzuweisen. Schambogenäste sind nicht beweglich und liegen in der Symphyse dicht zusammen.

6. VI. Pat. steht auf, vermag jedoch nur bei beiderseitiger Unterstützung zu gehen.

15. VI. Pat. geht ohne fremde Hülfe. Gang ist watschelnd. Schmerzen sind nicht vorhanden.

8. VII. Operation des total. Dammrisses.

Epikrise.

Es handelte sich hier also um den Geburtsverlauf bei einem allgemein verengten, rachitisch plattem Becken mit einer conj. vera von etwas über 8 cm: die Blase war vorzeitig gesprungen, die Eröffnungsperiode zog sich sehr in die Länge, und infolge dessen war der Kräftezustand der Mutter stark reduciert, ebenso gab die grosse Frequenz und Unregelmässigkeit des Pulses zu ernsterer Besorgnis Veranlassung. Kurz die Situation war eine solche, dass die Notwendigkeit einer schnellen Beendigung der Geburt vorhanden zu sein schien.

Die Wendung mit nachfolgender Extraction musste

ausgeschlossen werden, denn der Kopf war bereits fixiert und das Fruchtwasser abgegangen. Man hielt die Indication zur Perforation für gegeben, versuchte jedoch vorher noch aus Rücksicht darauf, dass das Kind noch völlig intact schien, mit der Simpson'schen Axenzugzange die Entwicklung des Kopfes herbeizuführen. Zwar blieben diese Versuche trotz energisch ausgeführter Tractionen ohne Erfolg, aber die Herztöne der Frucht hatten nicht darunter gelitten, sie waren kräftig und von normaler Frequenz, so dass sich Herr Prof. Werth aus einem Gefühle des Widerwillens gegen die Ausführung der Perforation unter solchen Umständen im letzten Augenblicke bestimmen liess, die Symphysiotomie zu machen. Vorausschicken möchte ich noch, dass der Termin zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt verstrichen war, da Pat. wegen Verdacht auf lues ins städtische Krankenhaus verlegt werden musste und so der Beobachtung entzogen wurde.

Darüber, dass hier die Aussichten für die Mutter nicht besonders günstige sein würden, war man sich von vornherein klar, liess doch das bestehende Fieber einen nicht mehr aseptischen Zustand der Uterushöhle vermuthen und eine Infection der Operationswunde von da aus fürchten, desgleichen war bei der engen Scheide einer Erstgebärenden die Möglichkeit der Nebenverletzungen eine wahrscheinlichere. Nun handelte es sich auf der andern Seite hier um einen Fall, wo die Erhaltung des kindlichen Lebens nur auf dem Wege der Symphysiotomie möglich und diese auch in prognostischer Beziehung der sectio caesarea überlegen scheinen musste.

Der Zweck, ein lebendes Kind zur Welt zu bringen, wurde erreicht, jedoch nicht ohne dass schwere Schädigungen der Mutter hinterblieben. Schon bei der Operation trat eine ziemlich starke Blutung aus der Wunde und einem Risse in der Vagina ein, die allerdings sofort durch Tamponade gestillt werden konnte.

Doch wie häufig ist es vorgekommen, dass es erst längerer Zeit und der ganzen Geschicklichkeit des Operateurs bedurfte, um durch Ligaturen und Umstechungen der hef-

tigen Blutung Herr zu werden. Ja, es sind sogar Fälle in der Litteratur berichtet, wo die Ursache des Todes ohne Zweifel dem grossen Blutverlust zuzuschreiben ist. In der Regel kommen dann ausgedehntere Weichteilverletzungen hinzu. So kann die Clitoris oder Harnröhre durchtrennt werden, auch grössere Risse in der Vagina und Blase sind gefürchtete Zwischenfälle, sei es dass diese Teile durch den vorrückenden Kindskopf gegen die scharfen Schnittränder der gespaltenen Symphyse angedrückt und gewissermaassen durchschnitten, oder infolge Klaffens der Schambeinfuge zwischen beiden Gelenkenden stark ausgespannt werden und so durch die übermässige Dehnung bersten. Deshalb hat man als Bedingung für die Ausführung der Operation eine genügende Erweiterung und Nachgiebigkeit des Genitalapparates aufgestellt, zugleich auch den künstlichen Schluss der Symphyse, welcher zur Dehnung des kindlichen Kopfes notwendig ist, durch die daraufgelegte Hand oder geeignete Apparate ersetzen wollen. Aber trotzdem sind solche Zufälle nicht vermieden worden.

Hinzu kommt noch, dass die angelegte Zange kein ungefährliches Instrument ist und besonders die vorderen Weichteile bei gewöhnlicher Handhabung bedroht. Zwar sucht man zur Umgehung dieses Übelstandes dieselbe möglichst nach hinten zu drängen und erst spät nach vorn zu führen, muss aber dabei mit in Kauf nehmen, dass sich auf diese Weise schwere Verletzungen des Dammes trotz der vorsichtigsten Tractionen selten vermeiden lassen, wie auch der vorliegende Fall beweist.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich den Vorschlag einzelner Autoren, zur Vermeidung grösserer Verletzungen die Geburt den Naturkräften zu überlassen und dadurch eine allmähliche Dehnung der Weichteile herbeizuführen. Ist nun vom theoretischen Standpunkt dagegen nichts einzuwenden, so lässt sich dieser in der Praxis wohl kaum durchführen, denn abgesehen von andern Gründen erscheint es nicht human, die Frau mit gespaltenem Becken stundenlang unter den heftigsten Qualen liegen zu lassen.

Besonders gefährlich sind die Laesionen der Weichteile,

wenn eine Infection hinzutritt, die zu Abscessen, Fistelbildung und Pyaemie mit folgendem exitus letalis führen kann. Allerdings hat man aus leicht begreiflichen Gründen die Ursache eines solchen Ausgangs nicht der Operation zur Last legen, sondern auf andere Umstände schieben wollen, jedoch ist soviel wohl gewiss, dass die ungünstig gelegene Wundfläche im Beckenbindegewebe des praeperitonealen Raums die rasche Ausbreitung einer Infection fördert, zumal sie nicht immer vor dem Eindringen des von Mikroorganismen strotzenden Lochialsecrets geschützt werden kann. So sagt auch Chroback (4): „Man eröffnet die Höhlen, die der Infection leicht zugängig sind und günstige Nährböden abgeben."

Auch bei unserer Patientin war der Wundverlauf kein reactionsloser, sondern es kam, wie wir es aus dem Verlauf des Wochenbetts sehen, zur Eiterung in der Wunde und zur Sequesterbildung, die lange Zeit zur Abstossung brauchte und den festen Verschluss der Symphyse sehr verzögerte, so dass die Mutter erst nach einem mehrmonatlichen Krankenlager die ersten Gehversuche machen konnte und selbst jetzt noch keines sicheren Ganges sich erfreut.

Die starken Schmerzen im rechten Bein und die Empfindlichkeit in der Gegend der Ileosacralgelenke, welche sich auch bei der innern Untersuchung auf Druck bemerkbar machte, lassen an eine Beschädigung der betreffenden Gelenke denken, jedoch hat man bei der Extraction das characteristische Krachen nicht bemerkt, und man wird deshalb wohl nicht fehl gehen, wenn man diese Erscheinungen auf einen Bluterguss im plexus sacralis bezieht. Zwar sind diese Verletzungen der hinteren Gelenke nicht so gefährlich, wie man früher annahm, und liefern bei aseptischem Wundverlauf quoad vitam keine so ungünstige Prognose, aber sie pflegen häufig Gehstörungen zu hinterlassen und die Operierten in ihrer Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu beeinträchtigen. Nicht minder lästig ist die nicht allzuselten beobachtete relative incontinentia urinae, welche sich darin äussert, dass die Operierten den Harn nur, wenn sie ruhig liegen oder sitzen, zurückhalten können, sobald sie aber umher-

gehen oder irgend eine Arbeit verrichten, wobei es zur Anwendung der Bauchpresse kommt, unwillkürlichen Abfluss bemerken.

Es lässt sich nun nicht leugnen, dass hier unter besonders ungünstigen Umständen die Symphysiotomie ausgeführt wurde und dass bei einer strengen Befolgung der Indicationen Leopolds eine bessere Prognose erzielt werden kann, auch ist es nicht unsre Absicht, aus dem Verlauf dieser einzelnen Operation einen allgemeinen Schluss auf den geringen Wert derselben ziehen zu wollen, wenn nicht in der Litteratur ähnliche Zufälle berichtet wären, welche die Statistiken in etwas anderem Licht erscheinen lassen. Daher habe ich es versucht, unter Benutzung der Neugebauerschen Statistik (5) diejenigen Fälle, welche als genesen bezeichnet, aber irgend welche Nebenverletzungen der Mutter oder Störungen im Heilungsverlauf aufweisen, auszuziehen und die Zahl derselben unter einer besondern Rubrik in Tabelle I einzuzeichnen, während Tabelle II die verschiedenen Arten der Complicationen zeigen soll. Der Vollständigkeit halber sind die bis zum Jahre 1886 veröffentlichten Operationen mit aufgenommen, obwohl sie hier weniger in Betracht kommen.

Zu der Zusammenstellung von Neugebauer (5), die bis Ende 94 reicht und einige Fälle von 1895 enthält, habe ich noch einige von ihm nicht berücksichtigte Fälle hinzugefügt, ebenso den Jahrgang 95, soweit es mir möglich, vervollständigt.

So sehen wir in dem Zeitraum von 1887—1893 die Zahl der Genesenen nach Abzug der nicht reactionslos verlaufenen Fälle erheblich vermindert, ebenso ist das Resultat in den beiden folgenden Jahren nicht so günstig, wie es auf den ersten Blick scheinen möchte, wenn man ausserdem noch in Betracht zieht, das von 169 Operationen über 21 nichts berichtet ist, während unter den noch übrig bleibenden 148 27 einer näheren Mitteilung über den Verlauf der Operation und Heilungsdauer entbehren, so dass die Zahl der vollständig wiederhergestellten Patienten in Wirklichkeit noch geringer ausfallen dürfte.

Tabelle I.

Zeitraum	Anzahl der Operationen	Ausgang für d. Mutter: Genesung	Ausgang für d. Mutter: Tod	Mortal. in %	Complicat.	Ausgang für d. Kind: Genesung	Ausgang für d. Kind: Tod	Ausgang für d. Kind: Mortal. in %
1776—1860	108	69	39	36,1 %	15			44,44 %
1866—1880	50	41	9	18 %	—	41	9	18 %
1881—1886	18	10	8	36,8 %	1	13	5	27,7 %
1887—1893	292	258	34	11,6 %	71			19 %
1894—1895	148(169)	134	14	10 %	21	Von 135: 113	22	16 %

Tabelle II.

Complicationen	1776 1866	1866—80	1881—86	1887 93	1894 u. 95
Urethrovaginalfistel	1		1	3	
Vesicovaginalf. u. Blasenverletz.	5			7	5
Harnincontinenz	7			7	
Cystitis				3	
Harnröhr., Scheiden- u. Cervixrisse	1			18	4
Verletz. d. Clitoris (Blutung)				7	5
Abscesse in d. Weichteilen (Fistelb.)				6	4
Caries d. Symphy. u. Gelenkverletz.				3	
Langwier. Heil. Watsch. Gang.	1			17	10
	15		1	71	28

Aus alledem scheint mir wohl hervorzugehen, dass die Symphysiotomie nicht als ein ideales Entbindungsverfahren angesehen werden kann, und dass man bei Anwendung einer schärferen Kritik dazu kommen wird, ihre Anwendung nur in den seltensten Ausnahmefällen zu empfehlen. Lässt sie sich doch häufig durch rechtzeitige Einleitung der künstlichen Frühgeburt, oder auch durch Zange resp. Wendung vermeiden, sobald man die Blase möglichst lange zu erhalten oder durch einen Colpeurynter zu ersetzen sucht. Und man kann wohl annehmen, dass unter der Zahl der günstig verlaufenen Fälle ein nicht geringer Bruchteil solcher ist, in denen auch andere, weniger eingreifende Verfahren gute Resultate gegeben hätten.

Wenn man nun die Erstgebärenden von vornherein ausschliesst, wenn man ferner auf dem Standpunkt steht, der durchaus richtig ist, dass bei nicht mehr aseptischen Fällen die Ausführung der Symphysiotomie unterbleiben soll, und wenn man schliesslich in Betracht zieht, dass der Kaiserschnitt aus relativer Indication unter günstigen Bedingungen eine viel sicherere Prognose für das Kind liefert, so wird der Kreis der für die Symphysiotomie übrig bleibenden Fälle ausserordentlich klein. Mag man sich nun auf die eine oder andere Seite stellen, immerhin ist eine Unterscheidung der Verhältnisse für die Privatpraxis und Klinik notwendig. Auf jeden Fall muss vor einer allgemeinen Einführung in die Praxis gewarnt werden, denn es ist eine bedenklich grosse Operation, die eine gewisse chirurgische Ausbildung voraussetzt, sie erfordert einen grossen Apparat und viele Assistenz, wie sie einem pract. Arzte wohl selten zur Verfügung steht, so dass eine sectio caesarea da, wo die äusseren Bedingungen gegeben, viel leichter auszuführen ist.

Wir können deshalb der Ansicht Czempins (6) vollkommen beipflichten, wenn er sagt:

„Jedenfalls muss auf Grund der veröffentlichten Fälle beherzigt werden, dass die Operation eine schwierige ist, nicht etwa das Durchschneiden der Symphyse selbst resp. die Entwicklung des Kindes aus dem geöffneten Beckenring, wohl aber erfordert die Stillung der Blutung, die Naht

der zerschnittenen und zerrissenen Gewebe, die Nachbehandlung der Symphysenwunde und aller Complicationen der Wundheilung neben ausreichender Assistenz chirurg. Erfahrung, Umsicht, Aufmerksamkeit und Opferwilligkeit von Seiten des Arztes, wie sie in der allgemeinen Praxis kaum genügend gewährleistet werden kann".

Ausserdem ist es unmöglich, die Operation als absolut sicher hinzustellen, und es darf den Angehörigen nicht verschwiegen werden, dass ausser der Lebensgefahr functionelle Störungen zurückbleiben und den späteren Gesundheitszustand der Mutter beeinträchtigen können. Oder wird dieses unterlassen, so muss man sich auf Vorwürfe gefasst machen, während in eine Perforation auch des lebenden Kindes zu Gunsten der Mutter in der Regel ohne Bedenken gewilligt wird. Kommt dagegen eine Frau mit dem Wunsche, ein lebendes Kind zur Welt zu bringen, dann lässt sich in der Mehrzahl der Fälle auch durch andere Operationen eine glückliche Entbindung herbeiführen. So liefert die künstliche Frühgeburt bei richtiger Wahl des Zeitpunktes und bei Beckenenge mittleren Grades eine auch für das Kind ganz gute Prognose. Bei verstrichenem Termin wird man durch die Wendung event. hohe Zange noch häufig Mutter und Kind erhalten können. Ist auch die Verengerung des Beckens hochgradiger, so bleibt es dennoch fraglich, ob man nicht bei vollständiger Asepsis in den Genitalien die sectio caesarea vorziehen soll, zumal sie unter den nötigen Vorsichtsmaassregeln ausgeführt mit grösserer Wahrscheinlichkeit ein lebendes Kind und eine gesunde Mutter in Aussicht stellt.

Noch zweifelhafter ist der Erfolg der Symphysiotomie bei engem Becken, deren conj. vera sich der Grenze des absoluten Kaiserschnitts nähert, denn hier kann unter Umständen auch die durch den Schamfugenschnitt hervorgerufene Erweiterung des Beckens nicht genügen, um den Durchtritt des Kopfes zu gestatten.

Wenn man nun auch bei der Ausführung der Symphysiotomie in der Klinik verschiedene Gegengründe fallen lassen muss, wenn dort die Operation an und für sich keine allzugrossen Schwierigkeiten macht, wenn ferner eine ge-

nügende und geeignete Assistenz vorhanden ist, sowie die Nachbehandlung besser geregelt werden kann, muss man doch bedenken, welcher Art das Material in der Klinik ist. Sind es nicht Frauen oder Mädchen aus den ärmeren Volksschichten, mit denen wir es im Grossen und Ganzen zu thun haben? Und diesen erweisen wir gewiss keinen grossen Nutzen, wenn wir sie monatelang ihrem Hausstand entziehen und durch eine verzögerte Heilung an ein langes Krankenlager fesseln. Auch dann können wir ihnen noch nicht völlige Wiederherstellung mit Sicherheit versprechen, sondern wie viele leiden an den durch die Operation erhaltenen Störungen ihr Leben lang, sei es, dass sie durch mangelhaften Schluss der Symphyse einen watschelnden Gang behalten oder infolge leichter Ermüdung längeres Gehen oder Stehen nicht vertragen. So kommt es denn, dass sie in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt dem Hausstand nicht mehr vorstehen können und, anstatt dass sie den Mann in seiner Fürsorge für das Wohl der Angehörigen unterstützen, eine Last und Bürde der Familie werden.

Es bleibt doch sehr fraglich, ob unter solchen Umständen die Erhaltung des kindlichen Lebens dieses event. Opfers wert ist, und ob nicht der Arzt bei der zu treffenden Wahl des Entbindungsverfahrens die Pflicht hat, auf die socialen Verhältnisse der Pat. Rücksicht zu nehmen.

Gilt dieses besonders von Frauen, die der arbeitenden Klasse angehören, um so mehr muss es bei Unverheirateten seine Anwendung finden. Hier darf man sich nicht principiell auf den Standpunkt stellen, dass man zu Gunsten des Kindes eine Operation für berechtigt hält, welche mit geringerer oder grösserer Schädigung der Mutter einhergehen kann. Zwar ist es theoretisch wohl richtig und entspricht den Gesetzen der Humanität, das kindliche Leben ebenso hoch zu schätzen, wie das der Mutter, aber volkswirtschaftlich muss unter diesen Verhältnissen die Erhaltung einer erwerbsfähigen Mutter ausschlaggebend sein. Sie steht doch gewöhnlich auf eigenen Füssen und ist darauf angewiesen, durch ihrer Hände Arbeit ihren Unterhalt zu verdienen.

Und wem nun erweisen wir einen grossen Nutzen, wenn

wir an die Stelle einer gesunden kräftigen Person eine arbeitsunfähige Mutter und ein unmündiges Kind setzen? Noch dazu, wo uns die Erfahrung lehrt, dass solche Kinder selbst bei erhaltener Gesundheit der Mutter der nötigen Pflege und Sorgfalt entbehren müssen und infolgedessen in den ersten Lebensjahren häufig zu Grunde gehen. *)

Fassen wir deshalb Alles kurz zusammen, so müssen wir sagen, dass die Symphysiotomie eine bedenkliche Operation ist, die nur in den seltensten Ausnahmefällen angewandt, aus der Praxis aber gänzlich ausgeschlossen werden sollte. Mögen die begeisterten Anhänger dieselbe auch noch so sehr verteidigen und als Beweise ihre günstigen Erfolge anführen, die ihr zugesicherte Stellung wird sie wohl kaum behaupten, sobald sie nicht in die allgemeine Praxis eingeführt werden kann, sondern es scheint mir wahrscheinlicher, dass ihr dasselbe Schicksal wie nach ihrem ersten Entstehen noch einmal blühen wird.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Werth für die freundliche Überlassung des Themas, sowie für die gütige Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

---

*) Anmerkung: Auch das in bestem Wohlbefinden entlassene, kräftige Kind unserer Operierten ist in fremder Pflege bereits am 1. Mai d. J. gestorben.

Litteratur.

1) Discussion der Symphysiotomie in der I. Sitzung des Gynaekol. Congresses zu Breslau. Centralblatt für Gynaekol. 1893. No. 22, und Verhandlungen des Congresses Centralbl. für Gynaekol. 1893. No. 23.

2) Verhandlungen der Wiener geburtsh. gynaekol. Gesellschaft im Jahre 1893. Cenralblattt für Gynaekol. 1893, No. 15, 18, 22—50.

3) Berichte über die Verhandl. d. Congresses zu Rom. Centralbl. 1894. No. 19.

4) Chroback: Discussion in d. W. geburtshülf. gynaek. Gesellschaft. Centralblatt für Gyn. 1893. No. 18.

5) Neugebauer: Über d. Rehabilitat. d. Symphysiotomie durch die geburtshülfl. Schule zu Neapel, und Frommels Jahresberichte für 1893 und 94.

6) Czempin: Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekol. 1895. B. I. S. 358.
Heinricius: Monatsschrift für Geb. und Gynaek. 1896. Heft 4.
Müllerheim: Sammlung kl. Vorträge N. F. No. 91.
Centralblatt für Gynaekol. 1893, 1894, 1895 und 1896.
Frommels Jahresberichte für 1892, 1893 und 1894.

Vita.

Ich, Heinrich Friedrich Wilhelm Voiges, evanglisch lutherisch, wurde geboren am 4. März 1871 zu Böckelse, Kreis Gifhorn, Prov. Hannover, als Sohn des Landwirts Fritz Voiges zu Böckelse. Nachdem ich meinen ersten Unterricht bei dem dortigen Pastor erhalten, kam ich Ostern 1883 auf das Gymnasium zu Celle, wo ich Ostern 1891 das Zeugniss der Reife erhielt. Sodann genügte ich ebendaselbst meiner halbjährigen Militairpflicht und bezog Michaelis 91 die Universität Marburg, um mich dem Studium der Medicin zu widmen. Dort bestand ich am Schluss des 4. Semesters das Tentamen physikum und studirte darauf in Kiel, München, Berlin, um zu Beginn meines 8. Semesters nach Kiel zurückzukehren, wo ich am 22. Juni 1896 mein Staatsexamen, und am 29. Juni das Examen rigorosum machte.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

In Marburg: Gasser, Kulz †, Melde, A. Meyer, Plate, Greeff †, Sandmeyer, Korschelt, Strahl, Zinke, Zumstein.

In München: Jos. Amann, Angerer, Moritz, Tappeiner.

In Berlin: Gerhard, Greeff, Olshausen, Winter, Lewin.

In Kiel: v. Esmarch, Bier, Werth, Quincke, Heller, Völkers, Petersen, Hoppe-Seyler, v. Stark, Hochhaus, Doehle, Glaevecke, Nicolai, Falk, Fischer.